

**ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ИЗМЕНЕНИЯ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО РАЙОНА**

В современной психологии и медицине особое место стали занимать так называемые “болезни цивилизации”; одну из групп данных заболеваний представляют сердечно-сосудистые заболевания. С начала 1990-х гг. был отмечен стремительный рост (более чем в 3 раза) заболеваемости сердечно-сосудистой системы в целом по России [5]. Врачи и клинические психологи, работающие с данной группой больных, отмечают, что большой процент из них (57%) составляют дети и подростки. Следовательно, изучение этиопатогенеза кардиальных заболеваний требует тщательного анализа, в первую очередь, факторов, влияющих на возникновение и течение болезни, и их взаимосвязь с возрастными характеристиками самих пациентов.

В настоящее время научно-методологические подходы ориентируют исследователей на мультифакторную модель кардиальных заболеваний [4]. Основными факторами являются семья как целостная система взаимодействий и особенности организации жизненной среды. На включенность болезни ребенка в семейную систему обращали внимание многие исследователи, но до недавнего времени влияние экзогенных факторов, таких как экологические особенности региона проживания, явление урбанизации, информационные процессы в обществе и многие другие, по сути дела, никак не обсуждались и не анализировались специалистами с позиций их влияния на соматическое и психологическое состояние человека [3]. Очевидно, что эти два фактора находятся во взаимовлиянии и взаимодействии. Для детей и подростков болезнь – это форма приспособления к среде, защита от психотравмирующей ситуации. Симптомы болезни отражают социальное и семейное неблагополучие [1]. Значит, можно предположить, что в основе заболевания лежат нарушенные внутрисемейные коммуникации, на которые экстраполируются неблагоприятные средовые процессы.

В психосоматике сердечно-сосудистых заболеваний выделяются критические периоды онтогенеза, когда организм ребенка или подростка подвержен риску формирования патологий: первый возрастной пик — 6–7 лет, когда ребенок поступает в школу и появляются серьезные стрессовые ситуации; второй пик — 14–16 лет (пубертатный). Оба критических периода связаны с возрастными изменениями соматического и психологического статуса, на которые оказывают влияние факторы внешней среды [2]. Именно изучение данных факторов легло в основу научно-исследовательской работы кафедры психологии и педагогики Уральской государственной медицинской академии.

В течение 1999–2002 гг. специалистами кафедры психологии и педагогики УрГМА на базе Городской детской больницы № 11 и городского детского кардиоревматологического центра было обследовано две группы пациентов с сердечно-сосудистыми патологиями: в первую группу вошли дети в возрасте 6–8 лет, вторую группу составили подростки в возрасте 12–16 лет. Адекватные психодиагностические методы позволили исследовать индивидуально-типологические особенности испытуемых, их поведение во фрустрирующих ситуациях, уровень невротических реакций и внутреннего напряжения, особенности взаимодействия с внешним миром и адаптации к социальным условиям.

Для нашего исследования имело значение объединение детей и подростков, принимавших участие в обследовании, по клиническим показателям состояния здоровья в две группы: дети и подростки с функциональными, психовегетативными нарушениями и дети и подростки с органическими патологиями сердечно-сосудистой системы. В группу с функциональными нарушениями работы сердечно-сосудистой системы вошло большее количество испытуемых — 58%, дети и подростки с органическими патологиями (в нашем случае все имеют инвалидность) составили 42% от общего количества испытуемых.

Результаты исследования дали следующую развернутую картину: наиболее серьезные психологические трудности имеются у детей и подростков с функциональными расстройствами сердечно-сосудистой системы. Индивидуально-личностные особенности детей и подростков формировались в ситуации противоречия требованиям и установкам со стороны социального

окружения. Психодиагностическая работа с семьями испытуемых показала наличие нарушенных внутрисемейных взаимоотношений, деструктивных способов разрешения конфликтных ситуаций в детско-родительских отношениях. Применение клинического метода в работе с родителями позволило определить причины подобных нарушений: низкий социальный и материальный статус семьи, неудовлетворительная (с точки зрения самих родителей) организация жизненного пространства, неблагоприятная профессиональная среда. Перечисленные факторы отрицательно влияют на внутрисемейные отношения, деформируя как личностные особенности самих супругов, так и личностные особенности детей.

В результате у последних отмечался высокий уровень невротических реакций, большое психоэмоциональное напряжение, склонность к депрессиям. Кроме того, дети и подростки с функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы демонстрировали ярко выраженную потребность в любви и признании со стороны других людей, которая коррелировала с достаточно низким уровнем социальной адаптации. Невозможность установить конструктивные взаимоотношения с окружающими в сочетании с актуальной потребностью в общении отражаются на соматическом состоянии детей и подростков, формируя, в первую очередь, сердечно-сосудистые патологии.

Дальнейшее исследование проблемы психосоматических заболеваний требует, очевидно, объединение усилий специалистов из смежных научных отраслей: психологии, психофизиологии, медицины, социологии, педагогики и экологии. В таком случае становится возможным не только диагностическое исследование, терапевтическое и коррекционное воздействие, но и осуществление превентивной, профилактической работы.

#### Примечания

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства у детей. М., 2000
2. Белокозь Н.А. Болезни сердца и сосудов у детей: В 2-х томах. М., 1987. Т.1.
3. Исаян Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб., 1996.
4. Любим-Плюща Б. Психосоматический больной на приеме у врача / Пер. с нем. В.Д. Вида. СПб., 1994.
5. Школьников М.А. Жизнеугрожающие аритмии у детей. М., 1999.

*Т.В. Рогачева  
(Екатеринбург)*

### ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Инфаркт миокарда занимает одно из первых мест в структуре заболеваемости современного человека. Привлечение психологов к исследованию причин коронарной болезни позволяет во многом по-новому взглянуть на этот феномен нашего века. В нашем исследовании на выборке 140 пациентов, перенесших острый крупноочаговый инфаркт миокарда, мы рассмотрели, как складывается отношение к этому грозному заболеванию.

Оказалось, что показатель "отношение к болезни" тесно коррелирует с переменными, называемыми обычно "объективными данными". Так, отношение к болезни в зависимости от уровня образования распределилось следующим образом:

Соотношение уровня образования и типа отношения к болезни, %

Отношение к болезни	Среднее образование	Средне-специальное образование	Высшее образование	Всего
Гармоническое	2,61	7,48	13,6	23,69
Эргопатическое	6,54	4,54	2,8	13,88
Анозогиогическое	0,93	0	0,93	1,87
Сензитивное	13,6	2,8	0,93	17,33
Смешанное	12,1	5,61	1,87	19,58
Диффузное	12,15	7,85	2,48	22,48

Как видно из таблицы, чем выше уровень образования, тем больший процент гармоничного отношения больных к своему заболеванию и чем ниже уровень образования, тем чаще встречаются противоречивые (диффузное и смешанное) типы отношения к болезни. Если учесть, что выборка состоит из 48% людей со средним образованием, 29% — со средне-специальным, а 23% имеют высшее образование, то можно сделать вывод о прямой зависимости рисунка поведения в болезни от уровня образования.

Уровень образования, в свою очередь, непосредственно связан с содержательной стороной профессиональной деятельности. Так, среднее образование, учитывая, что в выборку вошли